# Politiche di riforma nel settore sanitario britannico: il caso dello schema di dotazione di fondi

Darrin L. Baines, Adrian Kay
Università di Birmingham, Università di Glamorgan

## 1. INTRODUZIONE

Negli ultimi dieci anni molti sistemi di assistenza sanitaria finanziati dallo stato hanno subito sostanziali riforme e riorganizzazioni strutturali (Ham, 1997). Tali riforme avevano lo scopo di risolvere i problemi causati da procedure gestionali centralizzate applicate dall'alto verso il basso. Le modifiche introdotte tendevano soprattutto ad esercitare un certo controllo sulle spese pubbliche per l'assistenza sanitaria e a migliorare l'efficienza operativa del sistema. Al fine di raggiungere questi obiettivi si è cercato di stimolare la concorrenza tra gli ospedali pubblici e incoraggiare i medici e gli operatori del settore a tenere sotto controllo la spesa pubblica per la sanità.

Seguendo la tendenza internazionale in materia di riorganizzazione dei servizi sanitari, nell'aprile del 1991 il governo conservatore britannico operò una serie di riforme del servizio sanitario nazionale (*National Health Service – NHS*), mirate a porre rimedio alle tante debolezze della struttura di gestione centralizzata del servizio. In particolare, il governo ha cercato di far fronte alla mancanza dei «giusti segnali economici», introducendo nuove forme di incentivazione che incoraggiassero gli operatori e le strutture sanitarie a soddisfare una domanda di servizi sanitari illimitata rispettando i vincoli di un, invece, limitato budget pubblico (Thatcher, 1993; p. 606). A tal fine il governo introdusse un «mercato interno» dei servizi sanitari forniti dall' NHS che divideva l'acquisto e la prestazione di servizi di assistenza sanitaria e consentiva ai medici generici (*General Practiotioners – GP*) di scegliere se avvalersi o meno di un bilancio definito per l'acquisto di una gamma limitata di assistenza secondaria, personale e servizi farmaceutici.

Queste riforme erano basate sia sulla volontà politica dell'amministrazione Thatcher che sul lavoro di due economisti della sanità, Alain Enthoven della Stanford University Business School e Alan Maynard dell'Università di York (Klein, 1995). Enthoven (1985) sosteneva che le forme di finanziamento

degli ospedali pubblici non fornivano alcun incentivo a migliorare la qualità e l'efficienza dei servizi offerti. Gli aspetti delle riforme del 1991 legati al mercato interno possono essere ricondotti a questa teoria (DoH, 1989*a*). Maynard (1986), dal canto suo, sosteneva che la medicina generica del servizio sanitario nazionale non incoraggiava i GP a controllare i costi del servizio e a servirsi del denaro pubblico in modo mirato. La soluzione proposta da Maynard prevedeva la creazione di un sistema di budget e relativi incentivi per tutta una serie di servizi farmaceutici e di assistenza secondaria di medicina generica (Maynard, 1986). Le idee di Maynard sono alla base della proposta di dotare i GP di un budget definito, contenuta nel pacchetto di riforme del 1991 (Lawson, 1992).

La forte volontà politica dell'amministrazione Thatcher a favore della riforma sanitaria trovò la sua massima espressione nella reazione in risposta all'ondata di aspre critiche che accolse le proposte di riforma avanzate (DoH, 1989*a*). Klein e Day (1992) paragonarono le proporzioni del conflitto tra il governo e la professione medica alla situazione venutasi a creare al momento dell'istituzione del sistema sanitario nazionale tra il 1946 e il 1948. L'opposizione era concorde nell'affermare che dotare i GP di fondi da gestire avrebbe creato un servizio sanitario diviso in prima e seconda categoria, in cui i pazienti degli studi partecipanti al sistema di dotazione avrebbero ricevuto cure migliori e gli stessi studi avrebbero operato una «scrematura» dei pazienti, eliminando quelli più costosi dalle loro liste al fine di mantenere i costi sotto controllo. Il governo conservatore decise di non procedere ad una valutazione a priori del sistema, né all'introduzione di uno schema pilota, in parte anche per il timore che i medici avrebbero sabotato l'impresa. Questa decisione probabilmente dipendeva anche dalla situazione politica della sanità fin dal 1979. Nonostante le vittorie elettorali del 1983 e 1987, durante tutto questo periodo i sondaggi decretarono chiaramente che l'opinione pubblica aveva più fiducia nel Partito laburista che in quello conservatore per la creazione di un sistema sanitario nazionale finanziato dal gettito fiscale (Kavanagh, Butler 1984; 1988; 1992). Questo spiega la riluttanza del Partito conservatore a commissionare una valutazione pubblica delle conseguenze di un sistema ideato per limitare la spesa pubblica nell'assistenza sanitaria.

Anche in assenza di prove effettive, furono molti i politici, i commentatori e i professionisti del mondo della sanità a portare avanti la campagna contro lo schema di dotazione di fondi ai medici generici. Lo stesso Partito laburista si impegnò ad abolire tale schema nel caso in cui fosse stato eletto (Labour Party, 1995). Tuttavia, l'importanza assunta dalla riforma sanitaria nel panorama politico britannico spinse il governo conservatore a dichiarare che, una volta istituito, lo schema di dotazione di fondi non sarebbe più stato abolito, nel timore che una simile decisione potesse essere interpretata come un fallimento o un'incoerenza della politica sanitaria dei Conservatori. Di

conseguenza, quando Major successe alla Thatcher alla guida del partito nel 1990, si attenne alle proposte avanzate dal suo predecessore. Il Partito laburista, d'altro canto, fu obbligato dalle dichiarazioni espresse durante la permanenza all'opposizione ad abolire lo schema una volta salito al potere nel maggio 1997.

Data la reazione negativa suscitata dal sistema di dotazione di fondi anche in assenza di prove concrete sui suoi reali effetti, riteniamo di poter affermare che una forma di «demopsicologia» (intesa come la diffusione di una convinzione comune senza alcun fondamento scientifico) possa aver influenzato l'opinione di molti relativamente allo schema in questione. In questo senso sono tre gli elementi sui quali si è basata questa comune convinzione. Innanzi tutto molti detrattori del sistema di dotazione di fondi erano pronti a rischiare un «grosso errore di valutazione» in quanto attribuivano, a torto, peculiarità, caratteristiche e disposizioni negative a tale schema senza possedere alcuna prova che suffragasse le loro convinzioni o le loro asserzioni (Ross, 1973). In secondo luogo alcuni politici hanno probabilmente pensato che denigrare lo schema, a dispetto dell'assenza di prove, fosse un'ottima mossa politica, in quanto era più che probabile che un'iniziativa atta a introdurre una gestione finanziaria del servizio sanitario nazionale non avrebbe incontrato l'appoggio degli elettori. Infine, il rifiuto da parte del governo conservatore di sponsorizzare una valutazione formale dello schema ha portato alla proliferazione di «miti» sulla dotazione di fondi e i suoi beneficiari senza che ci fosse un meccanismo indipendente e formale che potesse confutare la validità di queste convinzioni in base ad un'analisi scientifica.

Il presente lavoro sviluppa la tesi in base alla quale una forma di demopsicologia ha influenzato l'opinione politica, accademica e professionale sull'auspicabilità e gli effetti di uno schema di dotazione di fondi per i GP. Nella seconda parte della relazione viene descritto l'evolversi dell'iniziativa, dal momento della sua introduzione nell'aprile del 1991, al momento della sua abolizione nel marzo del 1999. Si illustrerà come questo schema abbia apportato notevoli cambiamenti nel periodo della sua attuazione, anche quale strumento di diffusione della partecipazione al sistema tra gli operatori sanitari. Nella terza parte verranno quindi riportati i risultati dei pochi studi condotti sul funzionamento e gli effetti dello schema. Nella quarta parte si passerà a trattare della risposta politica del governo laburista e delle implicazioni del sistema di dotazione per la politica e lo sviluppo del servizio sanitario nazionale. Infine si illustrerà come la demopsicologia sorta attorno all'introduzione e all'abolizione del sistema di dotazione può aver impedito a molti politici, professionisti del mondo sanitario e accademici di concentrarsi su un'adeguata analisi delle ragioni che soggiacciono ai cambiamenti nella medicina generica dell'HNS. Conseguentemente, l'abolizione dello schema può spingere i ricercatori, i politici e i professionisti della sanità a riconsiderare l'auspicabilità e

l'efficacia di una gestione finanziaria della medicina generica nel servizio sanitario nazionale.

## 2. SVILUPPO DELLO SCHEMA DI DOTAZIONE DI FONDI

La prima descrizione dettagliata dello schema di dotazione di fondi fu pubblicata nel libro bianco del servizio sanitario nazionale *Working for Patients*, e nel documento di lavoro che lo accompagnava *Practice Budgets for General Medical Practitioners* (DoH, 1989*a*; 1989*b*) [1]. I due documenti illustravano l'ordinamento di base dello schema e i requisiti di ammissibilità che gli studi medici dovevano soddisfare per poterne fare parte. Inizialmente, solo le strutture con almeno 11.000 pazienti potevano chiedere di aderire allo schema, a causa del timore che variazioni casuali della richiesta potessero causare grossi problemi finanziari per gli studi con liste meno numerose (Crump *et al.*, 1991). Successivamente, al fine di accrescere il numero delle adesioni, il numero minimo di pazienti richiesto fu abbassato a 9.000 per la prima ondata di studi che aderirono allo schema nell'aprile 1991.

In base all'ordinamento iniziale, gli studi che aderivano allo schema venivano dotati di un budget definito che doveva coprire: *i*) l'acquisto di una gamma prestabilita di servizi ospedalieri opzionali (inclusi i test diagnostici), *ii*) la remunerazione del personale paramedico, e *iii*) le prescrizioni. Lo schema consentiva ai partecipanti di suddividere a loro discrezione i fondi tra le varie voci e generare un'eccedenza, che poteva poi essere spesa per migliorare i servizi offerti dallo studio, il personale o i locali in cui esso aveva sede (questo solo se l'eccedenza era il frutto di un risparmio mirato e non di profitti casuali). I beneficiari di una dotazione che non davano prova di gestire il proprio budget in modo appropriato potevano essere esclusi dallo schema e tornare ad essere soggetti alle norme che regolavano l'attività dei prestatori di servizi sanitari al di fuori dello schema.

Inizialmente i limiti di budget per ogni studio venivano stabiliti in base all'analisi storica dei costi. Quest'approccio fu però aspramente criticato, soprattutto per quanto concerne il budget per le prescrizioni, considerato iniquo in quanto sembrava premiare gli studi medici inefficienti e dispendiosi, garantendo loro fondi più elevati. Di conseguenza, a partire dal 1993-94, in Inghilterra i limiti di budget per le prescrizioni furono stabiliti su base pro capite ponderata. Quale denominatore dei costi di prescrizione fu sviluppata

[1] La definizione «schema di budget per gli studi medici» (*practice budget scheme*) fu sostituita con l'eufemismo «dotazione di fondi» (*fundholding*) poco prima del lancio dello schema, allo scopo di mitigare le connotazioni negative ad esso attribuite fin dal principio.

l'unità di prescrizione generata in base alla residenza temporanea, all'età e al sesso (ASTRO-PU, dalle iniziali delle parole inglesi che compongono la definizione: Age, Sex, and Temporary Resident Originated Prescribing Unit), che conteneva fattori ponderali atti a riflettere la distribuzione dei costi di prescrizione della medicina generica in Inghilterra, in base a età e sesso. Tuttavia gli autori di questa misura sostenevano che i fattori che influiscono sulle prescrizioni vanno oltre il sesso e l'età dei pazienti, e che quindi la ponderazione copriva solo il 25 per cento delle variazioni dei costi tra i diversi studi medici (Roberts, Harris 1993).

In pratica, lo schema di dotazione creava diverse strutture di «diritti di proprietà» per gli studi medici partecipanti. In altre parole, i beneficiari delle dotazioni erano soggetti a norme diverse per l'uso delle risorse del servizio sanitario nazionale e delle liquidità generate da azioni di risparmio (Alchian, 1987). Gli studi medici che aderivano al sistema, diversamente dagli altri, avevano infatti la possibilità di stipulare i propri contratti di assistenza secondaria, decidere quali prestatori di servizi sanitari, quali strutture e quali pazienti avrebbero beneficiato dei fondi a loro disposizione e gestire i liquidi derivanti da eccedenze. Le priorità di assistenza sanitaria per i pazienti di studi medici che non aderivano al programma erano invece stabilite dalle autorità sanitarie competenti e, prima dell'introduzione di vari schemi di incentivi di prescrizione a livello nazionale e locale, agli studi che non aderivano allo schema non spettava alcun diritto di gestione dei liquidi generati da azioni di risparmio.

Inizialmente gli studi medici che facevano domanda di adesione allo schema venivano sottoposti ad un rigoroso esame valutativo prima di potervi avere accesso. Ad esempio, i richiedenti dovevano assumersi seriamente l'impegno a sottostare alle disposizioni dello schema e dovevano dimostrare di possedere buone capacità gestionali e un programma economico (Trent Health, 1994). L'ordinamento prevedeva inoltre che i richiedenti fornissero dati relativi alle attività specifiche da loro svolte e possedessero una strumentazione informatica adeguata. Pur restringendo il numero degli studi medici che aderivano allo schema, criteri così rigorosi riducevano il rischio di fare scelte sbagliate, come consentire l'adesione a studi che erano interessati solo ai vantaggi offerti dallo schema ma non erano in grado di gestire un budget. In base a questo severo processo di selezione veniva concessa l'adesione allo schema a medici generici che generalmente esercitavano in studi inseriti in ampie strutture ben organizzate, che disponevano di buone capacità gestionali e sistemi computerizzati avanzati e che erano in grado di assumersi l'impegno in modo serio (Audit Commission, 1996*a*). Conseguentemente tali studi avevano più probabilità di essere in grado di gestire il budget che lo schema assegnava loro.

Tra il 1991 e il 1992 l'adesione fu consentita solo a quegli studi medici

ben organizzati le cui liste contavano un numero di pazienti non inferiore a 9.000. Una volta valutati gli effetti iniziali dello schema, il governo attuò una serie di misure atte ad ampliare il numero degli studi partecipanti allo schema, in parte anche per dimostrare ai suoi detrattori il successo dell'iniziativa. Tuttavia, l'introduzione di riforme proprio al termine di un mandato elettorale creò qualche incertezza circa il futuro dello schema, soprattutto in quanto il Partito laburista si era impegnato ad abolire lo schema se fosse stato eletto. In seguito alla vittoria elettorale dell'aprile 1992, il governo conservatore cercò di rendere più appetibile lo schema di dotazione per quegli studi che ancora non ne facevano parte. Durante l'anno di esercizio 1992 il numero minimo di pazienti fu abbassato a 7.000 e il budget fu esteso fino ad includere l'assistenza infermieristica locale, le visite sanitarie, callisti, dietisti, servizi sanitari alla comunità e igiene mentale, nonché servizi per persone affette da difficoltà di apprendimento. Il governo rese inoltre possibile l'associazione di studi di piccole dimensioni a formare consorzi che raggiungessero il numero minimo di pazienti richiesto per aderire allo schema. Quest'ultima innovazione portò a sua volta allo sviluppo di diversi modelli consortili da parte degli stessi studi medici (Smith *et al.*, 1997).

Il governo conservatore si avvalse inoltre dell'indennità di gestione come mezzo per incentivare l'adesione allo schema di dotazione. Tale indennità era già prevista nello schema originale ed era stata pensata per coprire le spese relative al personale degli studi medici partecipanti, nonché le spese di formazione e i costi gestionali e di capitale. Nel 1991 l'indennità ammontava a 16.000 sterline per gli studi che si trovavano nell'anno preparatorio all'adesione, per arrivare ad un massimo di 32.000 sterline per gli studi che facevano parte dello schema. Nel 1995 il sistema d'indennità fu sostanzialmente modificato al fine di garantire indennità più cospicue agli studi più grandi e consentire loro di autoremunerarsi per l'attività di gestione del bilancio. L'ammontare medio di un'indennità di gestione salì quindi a circa 50.000 sterline. Di conseguenza gli studi ottenevano benefici economici senza dover attuare forme di risparmio sul budget a loro assegnato. L'indennità veniva immediatamente revocata a qualsiasi studio estromesso dallo schema a causa di spese eccessive o cattiva gestione del budget. Non sono stati registrati molti casi di studi che abbiano lasciato lo schema volontariamente o perché obbligati a farlo.

Anche se lo schema originale era già stato emendato più volte, nell'ottobre del 1994 il governo conservatore annunciò che, dall'inizio dell'anno di esercizio 1993, sarebbero stati creati tre tipi di studi con gestione di fondi: standard, comunitario e totale (NHSE, 1994). La struttura standard sarebbe stata un'estensione dello schema già esistente, fino ad includere servizi infermieristici specializzati, praticamente qualsiasi tipo di chirurgia opzionale e l'assistenza a pazienti esterni. L'opzione comunitaria era stata ideata per gli

TAB. 1. *Studi medici,* GP *e numero di pazienti partecipanti allo schema di dotazione inglese nel periodo 1991/92-1997/98*

| | 91/92 | 92/93 | 93/94 | 94/95 | 95/96 | 96/97 | 97/98 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Studi medici | 306 | 587 | 1.235 | 2.040 | 2.603 | 3.735 | 4.234 |
| GP | 1.715 | 3.159 | 6.103 | 8.760 | 10.410 | 13.423 | 15.038 |
| Pazienti (%) | 7 | 13 | 25 | 35 | 41 | 52 | 57 |
| Anno | 91/92 | 92/93 | 93/94 | 94/95 | 95/96 | 96/97 | 97/98 |
| Gruppo | 1° | 2° | 3° | 4° | 5° | 6° | 7° |

*Fonte*: NHS Executive Regional Offices (Uffici esecutivi regionali del servizio sanitario nazionale).

studi di proporzioni minori (a partire da 3.000 pazienti) e prevedeva un budget per il personale, i farmaci, i test diagnostici e la maggior parte di servizi sanitari alla comunità previsti dallo schema originale. La dotazione totale infine avrebbe coperto tutti i servizi ospedalieri e alla comunità, nonché i costi legati al personale e alle prescrizioni [2]. Tuttavia, in contrasto con l'approccio adottato inizialmente, l'opzione totale sarebbe stata applicata dapprincipio solo a studi pilota, in quanto il governo desiderava valutarne gli effetti prima di attuarla in via definitiva.

Mentre il governo conservatore faceva del suo meglio per rendere lo schema sempre più appetibile agli occhi dei GP che già aderivano come a quelli dei GP non partecipanti, il Partito laburista, nel luglio 1995, reiterò le critiche (Labour Party, 1995). Esso infatti riteneva che lo schema avesse causato un aumento dei costi del servizio sanitario nazionale, messo sotto pressione il rapporto tra medico e paziente e creato un sistema sanitario diviso in prima e seconda categoria. Pertanto, con il calo di popolarità subito dal Partito conservatore e l'approssimarsi delle elezioni a metà degli anni Novanta, la posizione assunta dal Partito laburista creò qualche incertezza circa il futuro dello schema. Nonostante l'impegno dei Laburisti ad abolire lo schema, esso era diventato con il tempo sempre più interessante agli occhi degli studi non partecipanti. Come emerge dalla tabella 1, durante gli anni di esercizio 1991 e 1992 furono relativamente pochi gli studi che aderirono allo schema. In seguito alla vittoria elettorale del Partito conservatore nell'aprile del 1992, il numero delle adesioni crebbe considerevolmente, fino a coprire, nell'anno di esercizio 1997, 4.234 studi, a 15.038 GP e il 57 per cento dei pazienti. Queste cifre stanno ad indicare come diversi studi abbiano superato il loro iniziale scetticismo mano a mano che acquisivano informazioni più approfon-

2 Fin dalla sua introduzione, l'opzione di dotazione totale viene chiamata anche «acquisto totale».

dite sullo schema. Quando, nel maggio 1997 il Partito laburista vinse le elezioni decise di attenersi al proposito di abolire lo schema di dotazione, a dispetto della popolarità della quale godeva presso i medici e gli studi.

## 3. STUDI UFFICIALI ED EMPIRICI

Nel giugno del 1995 il Comitato dei Conti Pubblici della Camera Bassa del parlamento britannico pubblicò un rapporto sui primi tre anni di attuazione dello schema di dotazione in Inghilterra (Committee of Public Accounts, 1995). In base ai dati forniti dall'esecutivo del servizio sanitario nazionale (NHSE), il rapporto illustrava le implicazioni dello schema in termini di servizi forniti ai pazienti, modelli di prescrizioni a livello di studi medici e creazione e utilizzo di eccedenze di budget. Per quanto attiene al primo punto, i dati forniti dall' NHSE mostravano che gli studi che aderivano allo schema avevano raggiunto una maggiore rapidità di erogazione dei servizi di assistenza secondaria, riducendo le attese, migliorando l'accesso ai servizi e garantendo una più vasta gamma di servizi offerti ai pazienti. Tuttavia, l'NHSE sosteneva che lo schema non aveva migliorato in alcun modo l'assistenza ai pazienti di medici non partecipanti, in quanto i partecipanti avevano potuto garantire molti dei miglioramenti sopra descritti acquistando capacità ospedaliera precedentemente inutilizzata.

Nonostante gli effettivi miglioramenti dell'assistenza sanitaria offerta dagli studi partecipanti allo schema, il comitato espresse due principali preoccupazioni riguardo al suo funzionamento. Innanzitutto il comitato riteneva che lo schema implicasse elevati costi di transazione, in quanto le spese cumulative per le indennità di gestione e l'acquisto del materiale informatico nel corso dei primi tre anni dello schema ammontavano a 147.000.000 di sterline. In secondo luogo, il comitato riportò che tra il 1991 e il 1993 un ragguardevole numero di pazienti aveva lasciato gli studi medici dei quali si serviva su esplicita richiesta dei medici curanti. Ad esempio, durante l'anno di esercizio 1992 a ben 78.000 pazienti era stato chiesto di abbandonare gli studi medici di cui si erano serviti fino a quel momento. Tuttavia, secondo il Comitato Conti Pubblici non esistevano prove che ciò avvenisse per ragioni di spesa, né che gli studi che allontanavano i propri pazienti aderissero necessariamente allo schema.

Anche se il governo non commissionò mai una valutazione indipendente degli effetti dello schema, i revisori esterni dell'NHS, la Commissione di Revisione, pubblicarono diverse relazioni sull'iniziativa. Ad esempio nel 1995 fu pubblicata una nota informativa che descriveva la portata dello schema di dotazione, ne illustrava la crescita e analizzava i budget dati in gestione ai partecipanti (Audit Commission, 1995). Nel 1996, la commissione pubblicò

TAB. 2. *Distribuzione geografica della copertura dello schema nell'anno di esercizio 1994*

| Regione | Numero di studi medici partecipanti | Numero di GP partecipanti | Percentuale degli abitanti coperti dallo schema di dotazione |
|---|---|---|---|
| Northern | 90 | 470 | 29 |
| Yorkshire | 152 | 714 | 39 |
| Trent | 286 | 1.041 | 44 |
| East Anglia | 66 | 360 | 33 |
| NW Thames | 141 | 621 | 36 |
| NE Thames | 88 | 335 | 19 |
| SE Thames | 203 | 722 | 37 |
| SW Thames | 136 | 610 | 40 |
| Wessex | 101 | 505 | 31 |
| Oxford | 121 | 592 | 46 |
| South Western | 116 | 574 | 30 |
| West Midlands | 289 | 1.203 | 42 |
| Mersey | 122 | 506 | 41 |
| North Western | 168 | 581 | 30 |
| Totale per l'Inghilterra | 2.079 | 8.834 | 36 |

*Fonte*: OHE (1997).

un rapporto sui primi cinque anni di funzionamento dello schema, intitolato *What the Doctor Ordered: A Study of GP Fundholding in England and Wales* (Audit Commission, 1996*a*). La pubblicazione era accompagnata da un compendio informativo relativo alle indagini svolte sugli studi convenzionati, realizzato nell'ambito dello studio generale condotto dalla commissione (Audit Commission, 1996*b*).

*What the Doctor Ordered* è uno dei rapporti più esaurienti mai pubblicati sulla gestione, il funzionamento e le conseguenze dello schema di dotazione. Nel corso dello studio la commissione esaminò le caratteristiche demografiche e organizzative degli studi medici che partecipavano allo schema. Per quanto concerne l'aspetto demografico la commissione notò come all'inizio erano stati pochi gli studi medici situati nelle città a aderire allo schema. Pertanto gli studi partecipanti avevano più pazienti benestanti e meno pazienti in condizioni economiche precarie. La tabella 2 mostra quanto fosse irregolare la distribuzione geografica della copertura dello schema nell'anno di esercizio 1994. Le zone maggiormente scoperte risultavano essere i centri cittadini e le aree più svantaggiate. Per quanto attiene invece alle caratteristiche organizzative degli studi partecipanti allo schema, la Commissione di Revisione riscontrò che gli studi partecipanti erano generalmente di dimensioni considerevoli, spesso situati in edifici costruiti appositamente, con personale di servizio più numeroso e migliori attrezzature, inclusi i sistemi informatici. C'erano comunque alcune differenze tra questi studi e studi di uguali dimensioni che

non aderivano allo schema. I primi infatti potevano vantare standard qualitativi più alti e migliori servizi di medicina generica (ad esempio, percentuali più alte di vaccinazioni pediatriche e la possibilità di eseguire piccoli interventi e/o formazione professionale post-laurea). Si può quindi affermare che dal lavoro della Commissione di Revisione emerge come i rigorosi criteri di selezione applicati inizialmente consentissero l'adesione solo a studi di grandi dimensioni e comprovata buona organizzazione [3].

In seguito all'introduzione delle riforme nel 1991, anche molti accademici indipendenti si diedero all'analisi degli effetti del sistema di dotazione sulle diagnosi, le prescrizioni ed altre attività dei GP nell'ambito della medicina generica del servizio sanitario nazionale. Anche se questi studi differivano tra loro in termini di durata del periodo esaminato, numero di studi medici e aree geografiche considerate, essi hanno in parte compensato l'assenza di uno studio ufficiale (o un progetto pilota) sullo schema sponsorizzato dal governo. Lo spazio limitato a nostra disposizione non ci consente di passare in rassegna in modo esauriente e sistematico tutti gli studi svolti su questo tema, tuttavia le relazioni e i lavori che illustriamo di seguito fanno pensare che, al momento in cui, nel marzo del 1999, il neoeletto governo laburista abolì lo schema di dotazione, non esistevano prove inconfutabili della sua auspicabilità ed efficacia.

In una rassegna della letteratura esistente, Coulter (1995) conclude che esistevano «grosse lacune nell'attuale conoscenza dell'impatto reale dello schema» e che «l'affermazione che la dotazione di fondi ai GP avesse portato ad un notevole miglioramento in termini di efficienza, tempestività di reazione e qualità dell'assistenza non era suffragata da alcuna prova» (p. 233). Petchey (1995; p. 1139) segue la stessa linea di pensiero quando afferma che «sono poche le conclusioni, positive o negative, che possono essere formulate in base alle ricerche compiute sullo schema». Anche Gosden e Torgenson (1997; p. 103) concludono che mancano documentazioni esaurienti su molti aspetti del servizio di dotazione, quali i tassi di diagnosi, i risultati sui pazienti e la qualità del servizio. In uno studio sugli effetti dello schema sulle prescrizioni Baines *et al.* (1997) riscontrarono che in molti casi gli studi che avevano aderito allo schema fin dal principio erano poi riusciti ad operare economie in termini di prescrizioni, passando a farmaci meno specifici e meno costosi. Tuttavia queste forme di risparmio non sono sostenibili sul lungo periodo. In una delle più recenti rassegne sulla letteratura esistente, Smith e Wilton (1998)

[3] Poiché i corsi di formazione professionale dovevano soddisfare gli standard fissati dal Comitato Congiunto per la Formazione post-laurea, la Commissione di Revisione ha riscontrato che tali corsi erano generalmente ben organizzati e fornivano un quadro aggiornato delle tecniche più avanzate in termini di assistenza medica generica.

concludono che «esistono solo prove confuse e non esaurienti della riuscita dello schema di dotazione di fondi per la medicina generica negli ultimi sei anni», e, a meno che non vengano intraprese ulteriori ricerche, «non sarà possibile giudicare se la dotazione di fondi ha effettivamente portato ad un miglioramento in termini di efficienza dell'assistenza sanitaria» (p. 1253).

## 4. LA POLITICA DEL GOVERNO LABURISTA E LO SCHEMA DI DOTAZIONE DI FONDI

Immediatamente dopo la vittoria alle elezioni politiche del maggio 1997, il nuovo governo laburista sospese le adesioni allo schema di dotazione di fondi e avviò un dibattito su modelli di delega sostitutivi per l'NHS (NHSE, 1997). Dopo sette mesi di governo, la nuova amministrazione annunciò la propria intenzione di emendare le riforme sanitarie attuate dal governo conservatore con il libro bianco intitolato *The New NHS: Modern, Dependable* (DoH, 1997). In linea con le promesse fatte durante la campagna elettorale, il governo decise di abolire sia il mercato interno dell'NHS che lo schema di dotazione di fondi alla fine del periodo 1998/99. Per quanto concerne i medici generici venne avanzata la proposta di istituire dei gruppi di prima assistenza (*Primary Care Groups – PCG*) e introdurre budget unificati limitati per i servizi sanitari. Questo ultimo passo fu compiuto con la legge sul servizio sanitario nazionale del 1998 (National Health Service Act).

La legge prevedeva la creazione, nell'aprile del 1999, di 500 PCG, uno per ogni 100.000 abitanti circa. A ogni PCG venne assegnato un budget limitato per i servizi ospedalieri e alla comunità e per le prescrizioni e le infrastrutture necessarie all'assistenza ai pazienti. Il *nuovo NHS* stabiliva che ogni gruppo dovesse suddividere il budget tra gli studi medici locali sotto forma di budget indicativi che coprivano tutti i servizi sopra menzionati. In teoria quindi, la possibilità di trasferire fondi da un budget all'altro, prevista dallo schema di dotazione, veniva estesa a tutti i medici generici.

Tuttavia, a breve termine, il libro bianco annunciava che «ogni studio medico avrebbe avuto un budget per le prescrizioni, come già avviene in molti casi» (DoH, 1997; cap. 5, p. 8). Le misure a lungo termine previste da questa legge fanno pensare che i budget per i singoli studi assegnati dai PCG sarebbero stati simili a quelli precedentemente assegnati dallo schema di dotazione di fondi. In effetti, il *nuovo NHS* annunciava che «il governo intende mantenere quanto del sistema di dotazione ha funzionato a dovere, ed eliminare ciò che non lo ha fatto» (p. 33). Saranno quindi i PCG a stabilire quali aspetti dello schema di dotazione possono essere mantenuti nei nuovi schemi locali di assegnazione di budget agli studi medici.

Anche se le riforme laburiste di fatto, pur abolendo lo schema, hanno

consentito il mantenimento di quegli aspetti che venivano giudicati più efficaci, la mancanza di una valutazione commissionata dal governo ha fatto sì che né i legislatori né i PCG potessero avvalersi di prove decisive nel valutare quali aspetti dello schema funzionassero effettivamente. Ad esempio, non esiste una documentazione che provi che i risultati osservati tra i beneficiari dello schema fossero dovuti al budget di per sé, alle risorse extra assegnate agli studi partecipanti o ai diritti di proprietà garantiti agli studi non partecipanti. Inoltre è impossibile stabile se gli effetti positivi dello schema sono dovuti al tipo di studi che vi hanno aderito o se invece lo schema avrebbe funzionato allo stesso modo per tutti i tipi di studi medici.

## 5. CONCLUSIONI

L'esperienza britannica dello schema di dotazione di fondi per la medicina generica evidenzia i problemi derivanti dal tentativo di delineare una politica per il settore della sanità in assenza di dati affidabili sugli effetti e le implicazioni economiche di nuove, o già esistenti, misure di policy. Inoltre l'assenza di un esauriente processo di valutazione può condurre allo sviluppo di nuove iniziative che, non potendo essere supportate o migliorate sulla base di un corpo scientifico di prove robuste, vengono promosse sulla base di infondate convinzioni comuni.

I *policy makers* non hanno avuto strumenti necessari a identificare in modo obiettivo i punti di forza e di debolezza delle misure attuate e a determinare quali aspetti delle politiche esistenti avrebbero dovuto essere integrati negli interventi futuri. Il dibattito di natura sostanzialmente emotiva sorto attorno all'introduzione dello schema di dotazione di fondi può aver impedito a molti esperti del settore di concentrarsi su un'adeguata analisi delle ragioni che soggiacciono ai cambiamenti nella medicina generica dell'NHS. Si auspica che la recente abolizione dello schema possa spingere i ricercatori, i *policy makers* e i professionisti medici a riconsiderare la desiderabilità e l'efficacia di una gestione finanziaria della medicina generica nel servizio sanitario nazionale in un'ottica di miglioramento dei servizi offerti e di riduzione dei costi.

## Riferimenti bibliografici


Alchian A.A. (1987), *Property Rights*, in Eatwell J. *et al.*, *The New Palgrave: A Dictionary of Economics*, London, Macmillan.

Audit Commission (1995), *Briefing on GP Fundholding*, London, HSMO.

Audit Commission (1996*a*), *Fundholding Facts: A Digest of Information about Practices within the Scheme During the First Five Years*, London, HSMO.

Audit Commission (1996*b*), *What the Doctor Ordered: A Study of GP Fundholders in England and Wales*, London, HSMO.
Baines D., Tolley K., Whynes D. (1997), *Prescribing, Budgets and Fundholding in General Practice*, London, Office of Health Economics.
Committee of Public Accounts (1995), *General Practitioner Fundholding in England*, London, HSMO.
Coulter A. (1995), *Shifting the Balance from Secondary Primary Care*, in «British Medical Journal», n. 311, pp. 1447-48.
Crump B.J., Cubbon J., Drummond M., Hawkes M., Marchment M. (1991), *Fundholding in General Practice and Financial Risk*, in «British Medical Journal», n. 310, pp. 509-12.
Department of Health (1997), *The New NHS: Modern, Dependable*, London, The Stationery Office.
Department of Health (1989*a*), *Working for Patients*, London, HSMO.
Department of Health (1989*b*), *Working Paper 8: Implications for Family Practitioner Committees*, London, HSMO.
Enthoven A. (1985), *Reflections on the Management of the NHS*, London, Nuffield Provincial Hospital Trust.
Gosden T., Torgenson D. (1997), *The Effect of Fundholding on Prescribing and Referral Costs: A Review of the Evidence*, in «Health Policy», n. 40, pp. 103-14.
Ham C. (1992), *Health Policy in Britain*, Basingstoke, MacMillan.
Ham C. (1997), *Health Care Reform: Learning from International Experience*, Buckingham, Open University Press.
Ham C. (1999), *Improving NHS Performance: Human Behaviour and Health Policy*, in «British Medical Journal», n. 319, pp. 1490-92.
Harris C. (a cura di) (1996), *Prescribing in General Practice*, Oxford, Radcliffe Medical Press.
Kavanagh D., Butler D. (1984), *The British General Election of 1983*, London, Macmillan.
Kavanagh D., Butler D. (1988), *The British General Election of 1987*, London, Macmillan.
Kavanagh D., Butler D. (1992), *The British General Election of 1992*, London, Macmillan.
Klein R. (1995), *The New Politics of the NHS*, London, Longman.
Klein R., Day P. (1992), *Constitutional and Distributional Conflict in British Medical Politics: The Case of General Practice 1911-91*, in «Political Studies», vol. XL, pp. 462-78.
Labour Party (1995), *Renewing the NHS: Labour's Agenda for a Healthier Britain*, London.
Lawson N. (1992), *The View from No.11: Memoirs of a Tory Radical*, London, Transworld Publishers Ltd.
Majeed A., Malcolm L. (1999), *Unified Budgets for Primary Care Groups*, BMJ n. 318, pp. 772-76.
Maynard A. (1986), *Performance Incentives*, in Teeling-Smith G. (a cura di), *Health Education and General Practice*, London, Office of Health Economics.
National Health Service Executive (1994), *Purchasing and Prescribing EL (94) 72*, Leeds, DoH.
National Health Service Executive (1997), *Changing the Internal Market EL (97) 33*, Leeds, DoH.
Petchey R. (1995), *GP Fundholding: Weighing the Evidence*, in «Lancet», n. 346, pp. 1139-42.
Roberts S., Harris C. (1993), *Age, Sex and Temporary Resident Originated Prescribing Units (ASTRO-PUS): New Weightings for Analysing Prescribing of General Practices in England*, BMJ n. 307, pp. 485-88.
Ross S. (1973), *The Economic Theory of Agency: The Principal's Problem*, in «American Economic Review», n. 63, pp. 134-39.
Royal Commission on the NHS (1979), *Report of the Royal Commission on the National Health Service*, London, HMSO.
Sleator D.J.D. (1993), *Towards Accurate Prescribing Analysis in General Practice: Accounting*

*for the Effects of Practice Demography*, in «British Journal of General Practice», n. 43, pp. 102-06.
Smith, J., Bamford M., Ham C., Scrivens E., Shapiro J. (1997), *Beyond Fundholding: A Mosaic of Primary Care-led Commissioning and Provision in the West Midlands*, Birmingham, Health Services Management Centre.
Smith R., Wilton P. (1998), *General Practice Fundholding: Progress to Date*, in «British Journal of Medical Practice», n. 48, pp. 1253-57.
Thatcher M. (1993), *The Downing Street Years*, London, Harper Collins.
Trent Health. (1994), *GP Fundholding – in Practice Sheffield*, Nottingham.



View publication stats